UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE 288

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

GABRIEL MIGNON

Né au Mans le 25 Septembre 1883

CONSIDÉRATIONS

sur la

LUXATION DU GLOBE OCULAIRE

Président : M. le Professeur DE LAPERSONNE.

PARIS
LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^)
(Anciennement 8, rue Casimir-Delavigne

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pahologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM

BALTHAZAR	DESGREZ	LEGÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERN
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SIGARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKYNCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Qui fut toujours pour moi
si bonne et si aimante.

A MON PÈRE

Faible témoignage de
reconnaissance pour tous
ses sacrifices.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LILLE ET DE PARIS

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur FAGE

MÉDECIN EN CHEF DE L'HOSPICE SAINT-VICTOR D'AMIENS

CHARGÉ DU COURS D'OPHTALMOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

OFFICIER D'ACADÉMIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qu'il veuille bien agréer nos remerciements les plus vifs pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Monsieur le Docteur FAGE, de qui nous fûmes l'interne à la Clinique Ophtalmologique de l'Hospice Saint-Victor d'Amiens, eut, en 1905, l'occasion d'observer un cas, peu fréquent, on pourrait presque dire unique, de *luxation du globe occulaire chez un nouveau-né.*

La rareté de ce fait et la difficulté d'interpréter nettement le mécanisme de cet accident nous semblèrent choses intéressantes ; et, sur les conseils de notre Maître, nous crûmes qu'il y avait lieu de tenter sur la luxation du globe oculaire en général, un modeste travail d'ensemble, et nous décidâmes d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous essaierons, après avoir réuni les diverses observations, relatives à ce sujet, éparses dans la littérature ophtalmologique, de tirer de l'opinion des autres, des conclusions utiles pour le traitement ou l'opportunité d'une intervention quelconque.

Pour mieux définir notre sujet, nous traiterons un peu aussi de l'*exophtalmie* qui, rarement il est vrai, peut, par son exagération, aboutir quelquefois

à une véritable *luxation*. Enfin, nous dirons quelques mots de l'*arrachement du globe* que l'on peut, en quelque sorte, considérer comme le stade ultime de la luxation.

Mais, puisque ce modeste travail doit marquer la fin de nos études, qu'il nous soit permis, avant de commencer, d'adresser ici, selon l'usage, un souvenir ému et reconnaissant à tous nos Maîtres des Facultés de Lille et Paris.

Au cours de notre vie d'étudiant, nous eûmes le bonheur de rencontrer, auprès de beaucoup de nos camarades, de fraîches et solides amitiés, qu'un éloignement et une séparation obligatoires ne pourront altérer. A tous ceux là nous adressons notre plus cordial souvenir.

Enfin, nous tenons tout particulièrement à remercier ici Monsieur le Docteur Fage qui, pendant notre séjour à l'Hospice Saint-Victor d'Amiens sut toujours se montrer envers nous un maître bienveillant et aimable et cela nous fut très sensible. Grâce à lui, nous avons pu acquérir, en ophtalmologie, des connaissances qui, sans que nous ayions l'intention de nous spécialiser, ne pourront que nous être fort utiles dans l'exercice de notre profession.

Il voulut bien nous diriger aussi dans l'exécution de ce travail.

A notre Maître nous disons de tout cœur : Merci !

CHAPITRE I

DÉFINITION

En chirurgie, on appelle *luxation* le déplacement permanent de deux surfaces articulaires qui ne se correspondent plus.

Cette définition générale de la luxation peut s'appliquer aussi bien au déplacement du globe de l'œil dans son orbite. « Il existe, en effet, dans l'œil, « dit PANAS[1], une véritable articulation, décrite « par les anatomistes et les physiologistes et que « l'on peut classer dans les enarthroses, comme « l'articulatien coxo-fémorale. Le globe représente « la tête du fémur, la cavité cotyloïde est ici la « capsule de Tenon. »

Pour se convaincre de cette analogie, il nous suffira de passer rapidement en revue l'anatomie de l'orbite et de son contenu.

La cavité orbitaire affecte la forme d'une

(1) PANAS. *Lec. de Clin. ophtalm.* (1899).

pyramide quadrangulaire à base antérieure et dont le sommet se trouve dirigé en haut et en dedans.

A la partie antérieure de l'orbite se trouve fixée une membrane fibreuse, la capsule de Tenon, qui se déprime en son centre pour offrir comme une logette au globe de l'œil, ressemblant, ainsi que dit GAYET, « à une espèce de hamac dans lequel l'œil est suspendu et qui l'isole en réalité de la véritable cavité orbitaire. »

Ainsi fixé en arrière, le globe se trouve maintenu dans cette situation, par la pression qu'exercent sur lui, en avant. le dédoublement de cette même capsule de Tenon, la conjonctive et les paupières.

En outre, la cavité orbitaire contient les divers organes chargés d'apporter au globe de l'œil le mouvement et la vie. Nerfs, artères, veines, muscles, tous se trouvent logés en arrière, analogues à des cordons qui, partant du sommet de la pyramide vont, en s'épanouissant, occuper sur ou dans l'œil leurs places respectives.

Ainsi tendus entre le fond de l'orbite et le globe, ils contribuent aussi pour une large part au maintien de cet organe dans sa situation normale.

Mais, dans toute articulation, les mouvements ne s'effectuent facilement qu'autant que les surfaces articulaires en présence sont suffisamment lubrifiées. Par analogie et pour la même raison, dans l'orbite tous les éléments se trouvent plongés

au sein d'une athmosphère celluleuse, en contact avec des lobules de graisse, qui convenablement disposés servent, pour ainsi dire, de coussinets au globe de l'œil et lui permettent de remplir avec facilité tous les mouvements que nécessite sa fonction.

Cette sommaire description anatomique des rapports du globe dans son orbite nous donne une idée suffisante de ce que doit être la position normale de l'œil et de ses annexes. Qu'une cause quelconque vienne troubler cette harmonie, l'œil s'échappant de sa loge normale se luxera.

Ceci nous amène à poser une définition aussi précise que possible de la luxation du globe oculaire, qui peut s'effectuer dans divers sens : *en avant,* si l'œil se trouve projeté à travers la fente palpebrale, *dans les autres directions*, si le globe pénètre à travers les parois fracturées de l'orbite dans les cavités avoisinantes.

La véritable luxation nous paraît être la luxation en avant et c'est d'elle que nous voulons parler quand nous disons « qu'il y a luxation lorsque l'œil « se trouve projeté en avant des paupières, « refermées derrière lui, mais reste retenu à la « cavité orbitaire par ses muscles, ses aponévroses, « et le nerf optique ».

Cette luxation sera *partielle* quand le globe se trouvera encore en rapport avec les parois

orbitaires, *totale*, quand le globe sera complètement sorti de sa loge orbitaire.

La luxation est, pour ainsi dire, une position du globe intermédiaire entre l'exophtalmie et l'avulsion, c'est une simple question de degré.

Une exophtalmie extrême aboutit quelquefois à la luxation. Et si, à la suite d'un trauma les muscles se rompent, si le nerf optique lui-même cède, le globe sans attaches ou retenu seulement par quelques lambeaux de conjonctive se trouve arraché au lieu d'être simplement luxé. Aussi nous semblent-ils exister certains rapports entre la luxation vraie du globe, l'exophtalmie et l'avulsion ; néanmoins la luxation et, c'est ce qui la distingue, ocmporte toujours l'idée d'attaches persistantes et de réduction possible.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la luxation du globe se déduisent, on le conçoit, de la définition que nous avons donnée de cet accident. Ils apparaissent à l'observateur dès le premier coup d'œil.

D'abord ; et nous avons ici en vue la luxation *faciale* ou luxation *en avant ;* on constate que le globe de l'œil se trouve expulsé de son orbite, faisant saillie en avant des paupières. Ce globe, ainsi déplacé, est enserré en arrière de son équateur, par les paupières contractées sur lui. En général, il est lui-même, dans ses parties constituantes propres, indemne de toute lésion.

On le trouve reposant sur la face inférieure de l'orbite ou même quelquefois pendant sus la joue.

Los annexes sont diversement lésées.

Dans certains cas, les muscles, les vaisseaux et le nerf optique sont intacts. Cependant sans qu'il y ait à proprement parler d'hémorragies, les tissus dont tous plus ou moins ecchymosés et la conjonctive se

trouve être le siège d'un chémosis souvent énorme. La cornée de cet œil luxé, qui a perdu son contact habituel avec le voile palpébral, se dessèche à l'air et finit par s'ulcérer, si la réduction n'est pas opérée avec hâte. Dans ces cas simples le globe de l'œil peut après sa réduction recouvrer totalement ou presque ses fonctions et la vision reparaît.

Parfois, et c'est le cas le plus ordinaire, on a affaire à un traumatisme plus violent et les symptômes s'en trouvent, du fait même, plus graves.

Le globe est là aussi indemne, mais la luxation ne s'est produite qu'au prix de dégâts plus sérieux. Les vaisseaux, les muscles sont rompus à une distance plus ou moins grande de leurs insertions et l'œil n'est plus retenu que par le nerf optique qui s'est trouvé plus ou moins étiré.

SCHWENK se basant sur cette diversité d'importance des lésions divisa les luxations du globe en deux classes :

1°) *Les luxations simples*, qui sont celles où les tissus de l'orbite ont subi une simple distension,

2°) *Les luxations compliquées* où les tissus orbitaires ont subi des avaries beaucoup plus importantes.

Dans ces deux classes de luxation les paupières peuvent subir des lésions diverses, depuis la simple contusion jusqu'à la plaie et même la section complète. Tout cela dépend de la violence,

de la forme et du point d'application de l'agent qui a produit la luxation.

Tous les symptômes ci-dessus se rapportent, comme nous l'avons fait remarquer, à la *luxation faciale* ou luxation en avant.

Mais comme nous l'avons dit, au chapitre précédent, la luxation du globe peut s'effectuer aussi dans les cavités avoisinantes : sinus maxillaire, antre D'HIGMORE, par exemple. Les symptômes seront alors ceux de l'enophtalmie traumatique. Cette luxation du globe qui apparait à la suite de fractures des parois de l'orbite peut comporter des lésions diverses pour le globe lui-même et ses annexes. Tout dépend du traumatisme causal. Il faut s'attendre à trouver par exemple : déformation de la région par refoulement, tassement, fracture propagée des os, difficulté dans les mouvements des maxillaires par subluxation de l'articulation temporo-maxillaire, obstruction des fosses nasales correspondantes, hématome orbitaire et de l'antre D'HIGMORE : ecchymose conjonctivo-palpébrale et ptosis qui se produit, parce que par suite de la disparition du globe la paupière a perdu son appui. Telles sont brièvement énoncées les lésions qui peuvent accompagner la luxation du globe dans les cavités avoisinant l'orbite, que par opposition avec la luxation faciale, ROTHENPIELER a nommé « *luxatio obtecta.* »

CHAPITRE III

PATHOGÈNIE ET MÉCANISME

Les causes qui peuvent provoquer l'expulsion du globe oculaire hors de sa loge naturelle sont diverses, et varient, peut-on dire avec chaque cas particulier. Mais le mécanisme par lequel cette luxation se produit est presque toujours à peu près identique.

Ainsi, supposons que la partie postérieure de l'orbite se trouve envahie par une tumeur, de quelque nature que ce soit, l'œil, expulsé par cet intrus, fera forcément saillie en avant et d'exophtalme qu'il sera au début, pourra, à mesure que le néoplasme augmentera de volume, parvenir à se luxer complètement.

Le mécanisme de cette sorte de luxation, est, on le voit, très simple, puisque l'œil se luxe parce qu'il est poussé d'arrière en avant et d'une manière progressive.

Au contraire, la luxation survient brusquement, lorsqu'elle est produite par un traumatisme ; et le

mécanisme est le même qui produit la luxation simple ou l'avulsion complète ; cela dépend du degré de violence du trauma.

Que se passe-t-il donc dans ces circonstances ?

En général, c'est un corps de forme allongée (doigt, corne, bâton, montant de chaise, etc...) pointu ou non, d'un diamètre sensiblement égal à celui de l'orbite et qui pénètrant brusquement entre le globe et la paroi, agit sur ce globe d'arrière en avant à la façon d'*un levier* qui prendrait son point d'appui sur le rebord orbitaire.

D'après la conformation anatomique du pourtour orbitaire, c'est à la partie externe et un peu en bas que l'agent traumatique peut pénétrer avec le plus de facilité, chassant l'œil en dedans et en haut.

Ces notions sont connues depuis longtemps et certains pugilistes de la Haute-Bavière, du Tyrol les mettent, dit-on, en pratique, en s'efforçant dans le combat, d'introduire leur pouce à l'angle externe de l'œil de leur adversaire pour ainsi faire sauter le globe. C'est le « coup de pouce. »

Dans une lutte exotique, qui suscita en France, il y a quelques années un véritable engouement, le jiu-jitsu, le lutteur cherchait également à luxer le globe de son adversaire en portant brusquement à la partie inférieure des deux yeux l'index et le médium raidis et écartés en forme de fourche.

D'autres fois l'agent traumatique, au lieu d'agir

à la façon d'un levier, provoque la luxation en saisissant avec le globe tout l'entonnoir que lui constituent les organes afférents. Il les étire, les déchire ou les coupe. C'est ainsi qu'agissent les doigts et les ongles dans les cas d'auto-mutilation chez les aliénés, l'anneau d'une clef, la cuiller du forceps, etc...

La luxation du globe peut aussi se produire, et cela presque exclusivement chez le nouveau-né, par tassement des parois de l'orbite. L'œil est expulsé directement par compression, comme on peut faire du noyau d'une cerise que l'on presse entre les doigts.

Pour la « luxatio obtecta » qui succède toujours à des fractures des parois de l'orbite ; l'œil sous l'action du traumatisme, passe dans les cavités voisines à travers la brèche qui lui est ouverte et le mécanisme s'explique de lui-même.

Il est bon de remarquer que la luxation en avant peut se produire plus facilement quand la conformation de l'orbite semble s'y prêter. Plus l'œil sera saillant, plus l'orbite sera large et peu profonde et plus l'agent traumatique agira facilement. Il faut aussi tenir compte de l'engorgement passager des vaisseaux, des hémorragies rétro-oculaires refoulant l'œil en avant, de l'emphysème orbitaire, des petites tumeurs de l'orbite, enfin des diverses causes d'exophtalmie.

Maintenant que nous avons rapidement étudié la pathogènie et le mécanisme des diverses luxations du globe, il nous est facile de répartir celles-ci, comme l'a fait ROTHENPIELER, en deux classes :

1° Les luxations *traumatiques*, dont le nom seul est assez explicite.

2° Les luxations *pathologiques*, parmi lesquelles on rangera toutes celles produites par une cause autre qu'un trauma.

Etudions maintenant les rapports qui existent entre l'exophtalmie, l'avulsion et la luxation pure, et, grâce à des exemples empruntés ça et là dans la littérature, et dûs à l'observation de divers auteurs, nous pourrons avoir des idées encore plus précises sur ce qu'est la luxation du globe, sur ses diverses causes et sur ses mécanismes.

CHAPITRE IV

EXOPHTALMIE ET LUXATION

L'exophtalmie (ἐξ en dehors, ὀφθαλμος œil) désigne à proprement parler la saillie à un degré quelconque du globe oculaire. Cette saillie s'effectue par une augmentation uniforme du volume du tissu orbitaire ou résulte d'un accroissement du volume limité à une partie du contenu de l'orbite, consécutivement à un épanchement, à la production d'une néoplasie ou à la pénétration d'un corps étranger.

Mais, au lieu d'une simple protrusion, d'une subluxation, pourrait-on dire, limitée à un degré où la partie antérieure du globe est encore susceptible d'être recouverte par le voile palpébral, on peut dans ces divers états (épanchements, tumeurs, corps étrangers de l'orbite) voir ce symptôme prédominant aboutir quelquefois à une véritable luxation.

Les auteurs ont observé et rapporté des faits à l'appui de nos dires et qui sont trop nombreux

pour être transcrits ici. Nous nous conterons d'en résumer quelques-uns, ce seront de vèritables exemples de nos luxations pathologiques.

Les causes les plus fréquentes, sans contredit, de ces sortes de luxations sont, nous l'avons vu, les tumeurs de l'orbite.

Dans cette cavité orbitaire qui contiént, plongés au sein de tissu adipeux, des nerfs, des vaisseaux, des muscles, on peut rencontrer toutes les tumeurs susceptibles de se développer aux dépens d'un de ces tissus. Tumeurs bénignes ou tumeurs malignes, tumeurs kystiques, solides ou vasculaires.

Quelle que soit leur nature, par leur augmentation de volume et leur envahissement, nous savons qu'elles refouleront tout autour d'elles, chasseront le globe oculaire de sa loge, présentant ainsi un symptôme commun : un exorbitisme qui peut s'exagérer jusqu'à la luxation. Tout ceci ressort nettement d'un travail de Rollet (*Archives d'ophtalmologie,* juin 1909).

Terson a relaté, entre autres, un cas de tumeur kystique, qu'il a observé sur une dame de 55 ans. Cette malade portait à la partie supéro-interne de l'orbite gauche une énorme tumeur fluctuante qui était apparue trois ans auparavant. Cette tumeur, en se développant, avait complètement chassé l'œil de sa position naturelle. A la suite du traitement, le globe oculaire reprit sa place.

Lavagna (de Monaco) a observé un enfant de deux ans et demi, porteur d'un kyste hydatique rétro-bulbaire, qui présentait, comme principal symptôme, une exophtalmie très intense qui était apparue à l'âge de trois mois.

Les tumeurs solides de l'orbite sont plus fréquentes et donnent lieu encore plus nettement à une ophtalmie très accusée, véritable luxation partielle du globe.

Pergens observa un cas de fibro-sarcome de l'orbite. Il s'agissait d'un malade de 67 ans, qui s'aperçut, d'abord, d'une protrusion de son œil gauche. Cette exophtalmie augmenta et devint telle que la cornée s'ulcéra et que le processus aboutit ainsi à une panophtalmie. Notons, en passant, que cette saillie exagérée du globe oculaire avait été le premier symptôme qui attira l'attention du malade.

Aubineau et Civel (de Brest) ont vu, chez un jeune homme de 21 ans, un ostéome se développer aux dépens du sinus frontal. L'évolution fut lente. La tumeur qui comprimait la partie postérieure du nerf optique, avait, par son développement, complètement luxé le globe oculaire. Après extirpation du néoplasme, l'œil reprit sa place et recouvra ses fonctions.

Rollet a noté un cas d'angiome caverneux de l'orbite où le malade, âgé de 25 ans, ne portait

aucun signe de tumeur autre qu'une exophtalmie apparue depuis trois ans. On s'aperçut que l'examen du globe pouvait très facilement produire la luxation. Enucléation de la tnmeur, disparition de l'exophtalmie.

Mêmes phénomènes dans les hémorragies orbitaires spontanées.

Brunetière en a observé deux cas chez la femme :

Dans le premier. ce qui frappait à première vue, c'était une exophtalmie énorme. Le globa était très incomplètement recouvert par les paupières.

La seconde malade, une jeune fille de 20 ans, présentait également une exophtalmie considérable. Globe projeté directement en avant dans l'axe de l'orbite, irréductible, entouré dans les culs-de-sac conjonctivaux par un œdème gélatineux et sanguinolent.

Il peut y avoir aussi *luxation partielle* dans certains abcès de l'orbite. Le cas curieux de Querenghi en est un exemple.

Un ouvrier de 28 ans reçoit un jour à la tempe gauche un fort coup de barre, mais il ne s'ensuit immédiatement aucune lésion sérieuse apparente et le blessé reprend son travail trois jours après.

Tout va bien pendant un certain temps, puis au bout de deux ans, cet homme commence à s'apercevoir que son œil se déplace, il ne s'en inquiète pas outre mesure. Le déplacement s'accentue. Après

six ans, il va consulter et le médecin trouve alors un globe faisant fortement saillie en avant à un tel degré que la partie externe du pôle postérieur du globe se trouvait en rapport avec le rebord orbitaire. Les paupières ne recouvraient que très imparfaitement le globe.

On peut signaler, en passant, cette remarque de l'auteur à propos de cette observation : « Notre cas « est une des meilleures preuves de l'adaptation « des organes à l'accomplissement de leur fonction, « car nous avons vu tous les muscles, le nerf « optique et les points lacrymaux s'adapter au « déplacement du globe oculaire en conservant « cependant leurs fonctions normales. »

L'emphysème de l'orbite, qui ne fait plutôt que favoriser l'action d'un traumatisme pour produire la luxation, peut à lui seul quelquefois effectuer une luxation partielle.

Schanz rapporte le cas d'un souffleur de verre qui avait, en se mouchant, l'habitude de se gonfler les joues, comme pour son travail quotidien. Sous un pareil effort, la compression de l'air dans les cavités des sinus avait fini par amener, sans doute, un amincissement considérable des parois. On peut donc supposer que, sous l'effort, une paroi du sinus vint à se rompre, l'air pénétra dans l'orbite et produisit ainsi une luxation du globe par emphysème.

On peut en outre citer ici, à titre de simple curiosité, les cas où, grâce à des malformations craniennes congénitales, le globe peut subir un certain déplacement qui n'aboutit jamais, il est vrai, à la luxation vraie.

KURT COHN en a observé un cas consécutif à des malformations craniennes rachitiques. Le squelette orbitaire, qui était très aplati, avait entraîné une exophtalmie très marquée.

BERTRAM rapporte un cas d'exophtalmie congénitale double due à la même cause.

Cette exophtalmie, remarquée à la naissance, se compliqua d'une *luxation complète* du globe oculaire droit à sept jours. L'enfant mourut au bout de trois semaines, et l'autopsie permit de constater une soudure précoce des os craniens. La pression intra-cranienne qui en résulta provoqua la luxation observée.

De ces divers exemples il ressort que l'on observe rarement dans la classe des luxations pathologiques, des luxations complètes, le plus souvent la luxation est seulement *partielle*. Et cela tient à ce que les tumeurs causales n'évoluent pas jusqu'au bout sans intervention.

En effet, ces luxations pathologiques ne sont qu'un symptôme, important toujours, précoce souvent, unique quelquefois.

LAGRANGE divise la symptomatologie des tumeurs

orbitaires : kystes, tumeurs vasculaires, ostéomes sarcomes, fibromes, carcinomes en deux grandes périodes :

La première où il y a de l'exophtalmie sans tumeur apparente.

La deuxième où la tumeur devient perceptible.

Dans le premier cas, il faut rechercher la cause de l'exophtalmie.

Dans le second cas, l'exophtalmie n'est plus qu'accessoire.

On peut donc appliquer aux luxations pathologiques ce que dit PÉCHIN, parlant de l'exophtalmie : « Il faut reconnaître que ce symptôme est banal « dans toutes les affections de l'orbite et c'est « précisément cette banalité qui en diminue la « valeur. En face d'une lésion qui se traduit par de « l'exophtalmie, c'est moins les caractères de ceile-ci « que nous devons étudier que la question d'étio- « logie. Ici, le diagnostic étiologique prime tout. »

Aussi, les luxations pathologiques qui sont, on peut le voir, très rares, ne sont-elles, en elles-mêmes, que peu intéressantes.

CHAPITRE V

LUXATION ET AVULSION

Sous l'influence d'une violence extérieure, venant agir dans l'orbite, selon un mécanisme déterminé, que nous avons décrit plus haut, l'œil se déplacera. Et, suivant le degré de cette violence, nous aurons affaire à une luxation ou à une véritable avulsion. Ce résultat est sous la dépendance de la résistance du nerf optique. Or, ce nerf, lorsqu'il est sain, est capable de résister à de très fortes tractions. AXENFELD a expérimenté ce fait sur plusieurs cadavres, et, s'il a réussi à arracher les deux yeux complètement, il le fit, toutefois avec beaucoup plus de facilité chez des sujets débiles, que chez des hommes vigoureux.

Malgré que nous ayons surtout en vue dans ce travail la luxation du globe ; malgré aussi la différence patente entre la simple luxation et l'avulsion, qui n'est autre chose qu'une énucléation véritable ; à cause des rapports dans la genèse de l'un et l'autre de ces accidents, nous rapporterons

ici quelques faits ayant trait indistinctement à la luxation ou à l'avulsion du globe. Nous en saisirons d'autant mieux les rapports et les différences.

Flarer (de Pavie) raconte le cas suivant : « Un jeune homme de 17 ans se trouva, un jour, poursuivi par un sanglier ; dans sa fuite, il vint à tomber et il reçut dans l'angle interne de l'œil gauche un coup de défense de la bête. A l'examen, la paupière supérieure, œdématiée, présentait, à l'angle interne, une plaie contuse se bifurquant et s'étendant du ligament interpalpebral au bord supérieur du tarse. Le globe était complètement sorti de l'orbite, renversé en bas et en dehors. On voyait, en avant, la ligne d'insertion déchirée du droit interne : on pouvait également découvrir les insertions du grand oblique et du droit supérieur également arrachées. Le droit inférieur, le droit externe et le petit oblique étaient intacts. Le nerf optique ne paraissait pas atteint. On replaça l'œil dans sa cavité orbitaire, mais, les jours suivants, apparurent du chemosis, de la suppuration et du sphacèle de la cornée et d'une partie de la conjonctive et l'auteur fut obligé de pratiquer l'ablation du segment antérieur du globe.

Le traumatisme avait donc produit ici une luxation du globe.

Verhaéghe (de Gand) rapporte une observation d'avulsion de l'œil produite par l'anneau d'une

clef : Un pêcheur d'Ostende âgé de 49 ans, rentre chez lui, la nuit, en complet état d'ivresse, en voulant se déshabiller, il tombe malencontreusement, de telle sorte que son œil droit va heurter l'anneau de la clef fixée dans la serrure de la porte. L'anneau sectionne complètement et verticalement la paupière supérieure jusqu'à son bord libre, pénètre dans l'orbite et arrache complètement l'œil qui roule à terre. Insensibilisé par l'alcool, le blessé continue à se déshabiller sans s'apercevoir de rien, se couche et s'endort profondément.

— Mais, à son réveil, le lendemain, il est tout étonné de se trouver couvert de sang et en cherchant à se rendre compte de ce qui s'était passé, il trouve son œil droit par terre. Le globe était entier, les muscles avaient été déchirés, le nerf optique sectionné à un pouce de son insertion à la sclérotique. Comme traitement, on fit une simple suture de la paupière et le blessé guérit rapidement.

Autre fait qui se produisit de manière toute identique :

C'est Hergott (de Nancy) qui le rapporte. Une jeune fille de 18 ans, épileptique et idiote, en ouvrant sa porte le matin est prise d'une crise d'épilepsie. Dans sa chute, l'œil porte sur l'anneau de la clef placée dans la serrure. On accourt, on ramasse la malade et on trouve le globe oculaire encore adhérent à la clef par sa conjonctive. Après la crise,

la malade ne souffrait pas et ne se rendait nullement compte qu'elle venait de perdre un œil. Le globe était intact, entouré de lambeaux de conjonctive et de débris de muscles, arrachés près de leurs insertions. Le nerf optique était sectionné au ras du globe. Les suites furent bénignes et la guérison s'ensuivit rapidement.

Dans une observation un peu ancienne rapportée par JOBERT (de Lamballe) le mécanisme diffère. C'était le 5 décembre 1852, pendant le coup d'Etat, un homme qui passait rue de Cléry, reçoit une balle, qui, touchant la région sourcilière droite, passe devant la racine du nez, pénètre dans l'orbite gauche et fait sauter le globe oculaire aussi facilement que l'aurait fait une curette. L'œil restait cependant suspendu par le nerf optique et des lambeaux musculaires. Le blessé remet lui-même son œil en place et vient se faire soigner quelques jours après dans le service de Jobert à l'Hôtel-Dieu. Il en sortait quelques temps après avec un moignon.

C'est là un cas net de luxation du globe par corps étranger de l'orbite.

Comme exemple d'avulsion du globe produite par un corps agissant comme levier, l'observation que CHEVALLEREAU et LIÉGARD ont rapporté récemment est typique, nous allons en transcrire le résumé :

Un jardinier de 37 ans, après avoir passé la soirée au café, rentre chez lui sans lumière et veut se

déshabiller. Quittant son tablier pleins d'outils, il veut le placer sur une chaise, mais le tablier tombe. En voulant le ramasser, le jardinier se heurte à une chaise. Il sent immédiatement une vive douleur et continue néamoins à se déshabiller sans lumière, tout en constatant qu'il porte à son œil une bien grosse bosse. Cela ne le préoccupe pas outre mesure et il s'endort.

Le lendemain matin seulement, en s'apercevant dans un miroir il se rend compte de la gravité de son accident. Un médecin appelé applique un pansement et conseille de voir un oculiste. C'est le lendemain seulement que le blessé se présente aux Quinze-Vingts.

Les auteurs constatent alors, que complètement sorti de la cavité orbitaire, l'œil gauche pend sur la joue. La paupière supérieure, légèrement adématiée, ecchymotique, présentait une petite plaie contuse au-dessus de la tête du sourcil.

La paupière inférieure est arrachée au niveau de son extrémité interne, renversée en dehors et recouverte par le globe de l'œil.

Le nerf optique est arraché assez loin de son insertion, le globe ne reste, somme toute, suspendu que par le droit externe, le droit inférieur, le petit oblique et la conjonctive. L'orbite ne présente aucune altération appréciable..

L'ablation du globe s'imposait, et c'est cette

opération que l'on pratiqua, les suites furent celles d'une énucléation ordinaire.

Voyons le mécanisme qu'invoquent, dans ce cas CHEVALLEREAU et LIÉGARD. « La chaise qui a été « l'agent de l'arrachement, disent-ils, est une « chaise de jardin, en bois, pliante, dont les « montants dépassent de deux centimètres et demi « la hauteur du dossier. Ces montants en bois « sont rectangulaires et épais transversalement de « 1 centimètre, de 4 centimètres d'arrière en avant. « Quand le blessé se baissa pour ramasser son « tablier, l'un des montants s'est enfoncé le long « de la paroi interne de l'orbite, agissant comme « *un levier* qui a chassé l'œil au dehors, en « provoquant la rupture des muscles et du nerf « optique. »

Voici maintenant quelques cas où l'on a vu la luxation et l'arrachement du globe se produire par l'introduction des doigts dans l'orbite, et des tractions plus ou moins fortes sur le globe. Ce sont là presque tous des faits d'auto-mutilation observés chez des aliénés.

D'abord un fait personnel observé en 1910 à la Clinique Saint-Victor d'Amiens, dans le service du docteur Fage :

Au mois de novembre 1910, un homme de 57 ans, devenu aveugle par atrophie complète des papilles, atteint en outre de paraplégie depuis plusieurs

années et hospitalisé, pour ce fait à l'Hospice des Incurables d'Amiens, est pris d'une crise de délire aigu. L'infirmier, chargé de sa surveillance, constate, en s'approchant de son lit, que le malade vient de s'arracher les deux yeux. Amené à Saint-Victor, on constate, en l'examinant, que, à droite, l'orbite est complètement vidée, sans trace de globe oculaire. A gauche, l'œil est pendant, retenu seulement par quelques lambeaux de conjonctive et de muscle ; le nerf optique est arraché. Par quelques coups de ciseaux on finit complètement de libérer le globe de ses quelques attaches. Suites normales.

Le malade était parvenu, bien qu'impotent, usant de ses doigts et de ses ongles à s'extirper complètemenl l'œil droit, que d'ailleurs on ne retrouva nulle part — (on suppose même le malade de l'avoir mangé) — et à s'arracher presque complètement l'œil gauche. Ce qui prouve l'action des ongles dans cette avulsion c'est que le globe au lieu d'être intact, avait subi une dilacération assez profonde et était presque totalement vide de son contenu.

Fait analogue rapporté en 1887 par le docteur Crouigneau. Il s'agit d'une femme lipémaniaque, qui, en proie à des hallucinations terrifiantes et voulant sans doute les chasser ainsi, plongea ses index dans les deux orbites. Avant que l'on ait pu

intervenir, elle saisissait avec sa main gauche son œil gauche, l'arrachait complètement avec trois centimètres de nerf optique et le jetait sous le lit voisin.

En 1893, le docteur TROUNIN (du Perray) observa un cas semblable qui fut rapporté à la Société d'ophtalmologie de Paris par DESPAGNET. Le voici résumé.

Un vieil alcoolique fut pris certain jour d'un accès aigu de delirium tremens et, pendant cette crise, ne trouva rien de mieux que de s'arracher l'un des deux yeux. Les suites furent très simples ; pas ou peu d'hémorragie, grâce sans doute, à la torsion qu'avaient du subir les vaisseaux pendant les tentatives de traction opérées par le malade. L'arrachement dut se faire d'un seul coup, car sur la pièce la conjonctive était régulièrement détachée au niveau du limbe sclérocornéen ; les muscles étaient rompus non pas à leur point d'attache sur le bulbe, mais au niveau de la réunion des fibres musculaires aux tendons. Le nerf optique, qui mesurait 3 centimètres de longueurs, avait dû se rompre au niveau du trou optique. (On peut noter, à cette occasion, étant données les suites normales de l'accident, sans aucune complication du côté des centres nerveux à la suite de l'élongation du nerf optique qui précéda sa rupture, que l'on peut, sans crainte, dans certains cas d'enucléation, tirer

fortement le globe en avant pour sectionner le nerf le plus en arrière possible.)

C'est aussi à propos de cette observation que GORECKI faisait remarquer que la résistance du nerf optique variait suivant qu'on lui faisait subir une élongation progressive, sans secousse, ou un tiraillement brusque.

Dans le premier cas, la résistance est très grande, ainsi qu'en font foi les relations de divers expérimentateurs, qui, souvent n'ont pu qu'à grand peine arriver à le rompre sur les cadavres et quelquefois même n'ont pu y parvenir, même en se servant d'instruments spéciaux.

Dans le second cas, au contraire, si l'on agit avec brusquerie, il y a ce qu'on appelle en mécanique, un choc. Or, dans un choc instantané, quand les forces élastiques sont nulles ou n'ont pas le temps d'entrer en jeu, la rupture a lieu quelle que soit la puissance. Même les points de rupture ne sont pas les mêmes si l'on agit de façon continue ou par le mécanisme du choc. Exemple, une balle de revolver fait un trou rond dans une vitre, tandis qu'une pression faite d'une façon continue au même point la ferait éclater.

C'est donc bien à la brusquerie en même temps qu'à la violence du traumatisme que l'on doit dans les quelques faits, ci-dessus rapportés, l'expulsion complète du globe.

Si, en effet le traumatisme, est plus modéré, l'arrachement n'aura pas toujours lieu, nous aurons affaire alors à la véritable luxation traumatique, dans laquelle après l'accident, le globe remis dans sa loge est susceptible de ne traduire par aucun phénomène marqué, ni du côté de la vision, ni du côté de la motilité, l'indice du traumatisme.

Ainsi NETTLESHIP rapporte le cas d'un malade qui se cogna accidentellement l'œil gauche contre un bec de gaz. A l'examen qui eut lieu quinze minutes plus tard, on trouva l'œil luxé en avant des paupières. Par un taxis délicatement incue on put réduire promptement cette luxation. Par la suite la vision se rétablit complètement et à l'exception de quelques rides situées du côte externe tout rentra dans l'ordre.

Traumatisme relativement bénin, intervention rapide et suites bénignes.

Dans un cas de ROTHENPIELER, malgré la violence du trauma, les conséquences ne furent pas vraiment graves.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, qui travaillait à une machine agricole. La poignée de la grande roue qui tournait rapidement vint l'atteindre au front. Après le choc qui la frappa au côté droit du front, obliquement de haut en bas, la blessée tomba en syncope. En l'examinant, on constata une plaie de 13 centimètres de large qui commençait à 1 centimètre de la ligne médiane, allait parallèlement

à l'arcade sourcilière, pour se terminer vers la région temporale, Les bords étaient écartés juisqu'à 3 centimètres ; la plaie comprenait : la peau, le muscle et le périoste, séparés de leurs insertions et renversés sur la paupière supérieure. Le bulbe était luxé en avant ; il était recouvert de la paupière supérieure détachée en haut ; la paupière inférieure se trouvait à 2 centimètres et demi en avant du plan antérieur de l'orbite.

La conjonctive palpébrale était rouge, tuméflée et parsemée de petites hémorragies ; la cornée était trouble, la pupille de dimension moyenne ne réagissait pas à la lumière. Tension = T + 1 . Le périoste était décollé dans la partie supérieure de l'orbite jusqu'au nerf optique. L'os présentait une fissure capillaire irréguliére allant de la partie gauche antérieure, vers la partie postérieure droite de l'orbite. Les muscles moteurs du globe semblaient intacts, le releveur de la paupière était déchiré.

Lorsque la malade revint à elle l'œil droit n'avait plus de sensibilité lumineuse ; il n'était pas capable d'exécuter un mouvement volontaire et de plus sa sensibilité etait diminuée.

L'auteur nettoya la plaie, sutura le périoste, le releveur des paupières, l'orbiculaire des paupières et la peau, puis il remit le globe en place et cela très lentement. De suite après la réduction, le sens lumineux faisait encore défaut, mais au bout de 8

jours, la tension, le fond de l'œil et les mouvements étaient normaux. La vision égalait 6/12.

L'auteur laisse inexpliqué le mécanisme de cette luxation.

GOLLOWAY a rapporté un fait dont la bizarrerie mérite une brève mention : Au cours de l'extraction d'un corps étranger et sans raison explicable l'œil sortit de l'orbite. Après réduction facile les suites ne présentèrent rien d'anormal. Que ce passa-t-il exactement ? Nous ne voulons pas nous charger de l'expliquer

Au lieu de s'opérer toujours en avant, nous savons que la luxation du globe peut s'effectuer aussi dans les cavités voisines ; témoin, les cas de LANGENBECK et de VON BECKER ou le globe se luxa dans le sinus maxillaire et l'antre d'Highmore. En général, le mécanisme est toujours le même, il y a au préalable fracture des parois orbitaires par l'agent traumatique.

Il y a cependant des cas où cette luxation peut s'effectuer sans que l'agent du traumatisme porte directement sur le plancher orbitaire, et nous voulons à titre d'exemple résumer ici le cas observé par KALT en 1905 :

Un carrier avait été victime d'un éboulement qui avait déterminé à la face des plaies multiples. Le choc avait porté presque uniquement sur le côté droit de la face. En attirant en bas et en avant la

paupière inférieure droite, on découvrait le globe oculaire abaissé et caché derrière le rebord orbitaire, devenu tangent au bord de la cornée. En même temps le globe était attiré en arrière et en dedans vers la ligne médiane. Mouvements du globe extrèmement limités.

Ce déplacement ne peut s'expliquer que par un défoncement de la paroi orbitaire, dans sa partie inféro-interne ; cette portion constituée par le maxillaire supérieur, les portions inférieures de l'os panum et l'unguis. Chez beaucoup de sujets le canal qui donne passage au nerf maxillaire supérieur est remplacé par une fente qui s'étend d'arrière en avant depuis la fente sphénomaxilaire jusqu'au voisinage du bord orbitaire. La portion du plancher orbitaire située en avant de cette fente n'est guère plus épaise que l'os planum et l'ethmoïde. On peut donc comprendre, à la rigueur, que chez un sujet dont les os seraient tout particulièrement amincis à ce niveau, un choc violent porté de haut en bas sur le globe puisse projeter ce dernier au travers du plancher orbitaire, défoncer la paroi interne du sinus maxillaire. et refouler en dedans le cornet inférieur. Et Kalt conclut ici à la projection du globe au travers d'un plancher orbitaire anormalement mince.

Ogilvy a rassemblé dans *The ophtalmic Revien* (1894) tous les faits de *luxations cachées*, à propos

d'un cas qu'il observa chez un malade, qui, six mois auparavant, avait été renversé et piétiné par un bœuf. Il y avait à gauche en ophtalmie par fractures des parois orbitaires.

Ces quelques exemples nous suffisent pous avoir de ces luxations une idée assez précise et nous ne nous étendrons pas davantage sur ce sujet.

CHAPITRE VI

LUXATION CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Nous avons vu, par les faits que nous venons de commenter, qu'il était toujours relativement facile, en étudiant attentivement la genèse de l'accident, de trouver le mécanisme de la luxation du globe.

Mais, lorsque cette luxation se produit, *in utero*, lorsqu'un enfant vient au monde porteur d'une telle lésion (c'est là évidemment un fait d'une très grande rareté) quel traumatisme sommes-nous en droit d'invoquer ?

D'abord, ce à quoi on songera immédiatement ce sera dans le cas d'accouchement laborieux, à l'application défectueuse du forceps ; soit qu'il y ait eu ainsi tassement et rapprochement des parois obitaires et par suite expulsion du globe, soit qu'une des cuillers de l'instrument soit venue faire levier sur le pôle postérieur de l'œil. Un tel traumatisme produira en outre, une hémorragie rétro-oculaire, une infiltration abondante du tissu cellulaire de

l'orbite, qui aideront à la propulsion du globe et le maintiendront hors de sa cavité orbitaire.

Avant d'exposer le cas dû au Docteur FAGE et qui nous a suggéré l'idée de cette étude, parcourons, en les résumant, les quelques observations que contient sur ce sujet la littérature ophtalmologique.

OBSERVATION I

(BEAUMONT)

Une luxation du globe oculaire se produisit chez un enfant, dont l'expulsion à la naissance fut tellement prolongée, que l'on dut recourir à l'application du forceps. L'accouchement terminé, on s'aperçut que l'œil gauche était atteint de protrusion. La sclérotique était visible jusqu'à l'équateur du globe et les deux paupières étaient fortement rétractées derrière l'œil. La conjonctive était atteinte de chémosis, et la cornée désséchée et vitreuse.

Le côté gauche de la tête était plus gonflé que le droit, mais il n'existait pas trace de traumatisme.

L'enfant était sain.

On l'endormit à l'aide du chloroforme et le globe oculaire huilé fut réduit facilement, en attirant en avant la paupière supérieure, tout en exerçant des pressions antéro-postérieures sur l'œil lui-même. Dix jours plus tard la luxation entièrement guérie ne laissait comme reliquat qu'une légère opacité de la cornée.

OBSERVATION II

(Guéniot)

En octobre 1864, une lingère de 21 ans vient faire ses couches à l'hôpital. L'enfant se présente en occipito-iliaque droite postérieure ; la dilatation est complète, mais la tête reste engagée au détroit supérieur. Depaul fait donc une application de forceps pour terminer cet accouchement qui n'avance pas. Après une traction un peu énergique on entend un craquement et l'enfant est extrait en état de mort apparente.

On constate alors une forte dépression du frontal droit et une petite plaie de la paupière inférieure droite au niveau du point lacrymal. Les paupières restaient fermées. En les entr'ouvrant on constate que l'œil a disparu et on le retrouve dans une alèze.

L'œil est sain, entier, le nerf optique sectionné à 12 mm de son extrémité sclératicale et affilé à son extrémité libre. Les muscles droits sont rompus près de la sclérotique. Les obliques sont rompus à 5 mm du bulbe.

L'enfant succomba trois heures après. On constate un enfoncement considérable du crâne au-dessus et en dehors du sourcil droit. L'apophyse orbitaire était fracturée ainsi que la voûte de l'orbite ; et, la cavité était effacée dans ses deux tiers postérieurs.

OBSERVATION III

(Snell)

L'enfant en question fut admis à l'infirmerie royale de Sheffield le lendemain de sa naissance (2 juin 1902) le

globe oculaire gauche reposant sur la joue, relié au tissu orbitaire par une bride de conjonctive.

Le forceps, qui avait été appliqué pour l'extraction, avait laissé une empreinte très nette au-dessus du sourcil gauche. L'accoucheur raconte que la mère, de petite taille, a un bassin très fortement rétréci. Aussi l'accouchement artificiel présenta-t-il de grandes difficultés et à la naissance on trouva le globe oculaire pendant sur la joue.

En incisant la bride conjonctivale, l'auteur sépara complètement le globe de ses attaches. Le nerf optique avait été arraché avec le globe, et un morceau de ce nerf de la longueur d'un pouce était resté attaché à l'œil.

OBSERVATION IV

(Bock)

Un enfant, dont la naissance n'avait pas nécessité le forceps, présentait néanmoins une luxation complète du globe. Le bassin de la mère était normal, Le globe fut remis en place. mais le cinquième jour il se produisit une panophtalmite avec phlegmon de l'œil qui nécessita l'énucléation.

L'auteur interprète cet accident, en supposant qu'il s'agissait dans ce cas d'une présentation de la face que l'accoucheur aurait par erreur pris pour une présentation du siège. Et c'est, au cours de l'examen. en introduisant son doigt dans l'orbite, croyant l'introduire dans l'anus, que l'accoucheur aurait provoqué la luxation dont il s'agit.

OBSERVATION V

(Hoffmam)

Chez une secondipare, à bassin fortement rétréci, l'accouchement eut lieu cependant naturellement sans qu'on eût besoin de recourir à une intervention quelconque.

Mais, à sa sortie, le nouveau-né présentait un œil luxé complètement avec le nerf optique déchiré.

Le frontal avait été enfoncé par la forte pression que le promontoire exerça sur lui lors du passage du fœtus.

Telles sont au nombre de cinq les observations de luxation chez le nouveau-né que nous avons pu retrouver.

Or, sur ces cinq observations on peut constater que le mécanisme a été différent. On a eu affaire soit à une application vicieuse du forceps, soit à une erreur de diagnostic et par suite à une manœuvre maladroite de l'accoucheur, soit à un rétrécissement prononcé du bassin de la mère, rétrécissement qui nécessitait pour que l'accouchement eut lieu un tassement exagéré des parties fœtales ; tassement que l'on peut supposer tel qu'il puisse à lui seul, par la pression qu'il fait subir au globe de l'œil dans son orbite, ou provoquer l'expulsion. Dans ce dernier cas, l'explication du fait reste une simple hypothèse, mais hypothèse très soutenable.

C'est d'ailleurs un mécanisme à peu près du

même genre que l'on peut invoquer dans l'observation du Docteur Fage.

OBSERVATION VI

(Due au Docteur Fage)

Le 17 novembre 1905 on amène à la consultation du Docteur Fage une petite fille de trois jours, dont l'œil gauche était complètement sorti de l'orbite ; reposant sur une épaisse couche de tissu cellulaire œdématie et bordé d'un abondant chémosis conjonctival. Le globe était enserré en arrière par les paupières. La cornée était sèche et exfoliée dans toute son étendue, trouble et ulcérée en son centre. L'œil immobilisé sur son coussin cellulaire était attenant à tous les muscles ; mais il était impossible de le réduire à travers la fente palpébrale normale. En passant le doigt autour de l'arcade orbitaire on pouvait facilement se rendre compte qu'il n'existait en arrière du globe luxé ni collection liquide, ni néoplasie congénitale.

En cherchant à établir la genèse de l'accident, on apprit que l'enfant avait son œil gauche luxé au moment de la naissance, et voici ce qui s'était produit : La veille de cet accouchement la mère avait été fortement contusionnée dans le bas de la région abdominale par le bout d'un brancard de voiture. Ce coup l'avait fait tomber en lui occasionnant une vive douleur, d'ailleurs vite disparue. Aucune trace extérieure de contusion ne subsista. Bien que la grossesse fut à terme, il est naturel de songer que ce choc a contribué à précipiter

l'accouchement. Il se fit naturellement, le lendemain soir par une présentation du sommet. La mère était une primipare bien conformée, aussi le médecin qui fit l'accouchement n'eût-il nul besoin d'appliquer le forceps, ni de faire aucune manœuvre forcée.

Voici donc le fait ; quelle peut en être l'explication ?

On peut d'abord, envisager l'hypothèse suivante qui se présente de suite à l'esprit.

C'était une primipare, arrivée presqu'au terme de grossesse ; or, chez les primipares, l'engagement se fait de très bonne heure et dans les derniers trente jours, la tête du fœtus se trouve toujours fixé dans le bassin maternel à la partie inférieure de l'excavation au voisinage du détroit moyen. Dans le cas qui nous occupe, le diagnostic de la position n'a pas été fait par le médecin accoucheur. C'était un sommet et c'est tout. Mais au lieu d'une occipito-iliaque gauche antérieure, position que l'on peut appeler normale, on peut avoir eu dans notre cas affaire à une occipito-iliaque droite postérieure, position aussi très fréquente.

En admettant cette position, avec un fœtus qui ne serait pas trop profondément engagé, il ne semble pas impossible que le brancard de la voiture ait pu venir directement toucher et luxer l'œil gauche du fœtus. La luxation se serait ainsi produite grâce au brancard qui aurait agi à la manière d'un coin enforcé dans l'orbite.

C'est une hypothèse que nous livrons à l'appréciation de médecins accoucheurs, plus compétents que nous là-dessus et qui nous semble presque inadmissible.

En effet, la violence du choc fut plutôt minime, un peu de douleur, pas de traces de contusion. De plus, il semble difficile de comprendre et d'admettre que ce brancard ait pu à travers les tissus maternels venir atteindre directement l'œil du fœtus, sans faire d'autres lésions qu'une luxation du globe.

Ainsi l'explication la plus sensée nous semble-t-elle dûe au Docteur FAGE lui-même lorsqu'il dit: « Aussi fortement que le corps contondant ait déprimé la paroi abdominale il n'est pas admissible qu'il ait pu atteindre l'œil d'un fœtus dont la tête était déjà fortement engagée. Il est rationnel d'admettre ici un mécanisme semblable à celui signalé par HOFFMANN. Il faut supposer qu'au moment du choc et de la chute de la mère qui s'en est suivie, la tête du fœtus a eté fortement comprimée contre les parois rigides du bassin, qu'il y a pu y avoir tassement passager des parois de l'orbite et expulsion du globe avec engorgement des vaisseaux et œdème du tissu cellulaire de l'orbite.»

Il est difficile, croyons-nous, de trouver une autre explication qui nous satisfasse aussi pleinement, néanmoins dans ce cas encore, nous sommes réduits à l'hypothèse.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Le pronostic de ces luxations du globe oculaire est évidemment variable.

Laissons de côté les luxations pathologiques qui sont, nous le savons, toutes symptomatiques d'une affection prédominante et dépendent par là même de l'évolution de cette affection causale.

Dans la luxation traumatique simple, le pronostic est favorable. Ce serait, en effet, une erreur de croire que tout œil luxé soit fatalement perdu. Les quelques exemples des chapitres précèdents sont là pour nous prouver le contraire, puisque l'on a vu ainsi, des yeux luxés récupérer, après avoir été remis en place, leur vision et leur motilité.

Dans la luxation traumatique compliquée de lésions diverses du côté des annexes et du nerf optique, le pronostic devient plus réservé. Il y a en effet toujours à craindre qu'un phlegmon de l'orbite, une panophtalmite ne survienne.

Néanmoins ces complications graves sont rares

et si le nerf optique n'est pas lésé on peut toujours avec espoir de succès replacer l'œil dans sa cavité.

SCHWENK a vu deux exemples d'un tel succès : le premier chez un enfant aveugle de naissance qui s'était, en se baissant implanté un épieu dans l'orbite. Le second, chez un chien terrier dont le cou avait été écrasé par une voiture.

Enfin quand il n'y a plus seulement luxation, mais quand il y a avulsion du globe, c'est-à-dire véritable énucléation traumatique, cela se répare ordinairement sans grande complication, Malgré l'arrachement du nerf optique, la dilacération des annexes, les suites sont bénignes et tout analogues à celles d'une énucléation chirurgicale.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

A part les luxations pathologiques, qui forment une classe toute spéciale des luxations du globe et nécessitent, on le conçoit, un traitement convenablement approprié à chacune d'elles, le traitement de cet accident est simple.

C'est celui de toute luxation en général, celui qu'effectue le chirurgien et qui consiste par des manœuvres spéciales à faire reprendre leur position normale aux organes temporairement déplacés, et à les maintenir ainsi réduits.

Cette manœuvre de réduction s'opérera plus ou moins facilement, suivant l'étendue des lésions, et donnera souvent un résultat meilleur qu'on n'aurait pu l'espérer. C'est ce qui eut lieu pour la petite malade du docteur FAGE. Voyons comment il explique sa manière d'agir : « En présence, dit-il, « de cette luxation irréductible, de l'empâtement « des tissus péribulbaires exposés à l'infection, de « la nécrose commençante de la cornée, il semblait

« tout d'abord qu'il n'y avait qu'à énucléer l'œil.
« C'est, à notre avis, un moyen qu'on doit réserver
« pour les cas tout à fait défavorables, ceux dans
« lesquels la réduction est absolument impraticable,
« où il y a des symptômes phlegmoneux, des
« menaces d'ophtalmie sympathique, où les
« enveloppes oculaires sont déchirées :

« Ici, l'*énucléation* aurait été d'autant plus
« fâcheuse qu'il s'agissait d'un nouveau-né, chez
« lequel l'évacuation du contenu de l'orbite eût
« entraîné une rétraction des parois de cette cavité
« et un affaissement consécutif de la région
« correspondante de la face. Il y a lieu de se
« demander, en outre, si l'hémorragie résultant
« de l'énucléation dans des tissus fortement
« congestionnés n'aurait pas été fatale à un si
« jeune enfant.

« Je me décidai donc pour la *réduction* du globe
« et des tissus périoculaires luxés. La manœuvre
« réussit grâce à un large débridement de la
« commissure externe des paupières. Mais la
« difficulté de maintenir longtemps un bandeau
« compressif sur la tête d'un nouveau-né, et
« l'impossibilité d'éviter les efforts, me firent
« penser que le seul moyen de maintenir la
« réduction était de suturer ensemble les paupières ;
« je fis donc une tarsoraphie presque totale.

« Le résultat a été tout à fait satisfaisant, et au

« bout de seize mois lorsque j'ai rouvert la fente « palpébrale, j'ai trouvé un œil en bonne position « dans son orbite, mobile dans toutes les directions, « atteint d'un vaste leucome ainsi que l'état de la « cornée au moment de la première consultation « le faisait prévoir. Le rebord inférieur de l'arcade « orbitaire est légèrement affaissé au toucher, mais « cela n'est pas appréciable à l'inspection. »

Somme toute, notre petite blessée a pu ainsi conserver un globe, dont elle aurait pu être privée si l'on s'était hâté, poussé par l'aspect grave des lésions de pratiquer l'énucléation.

Voici à notre avis ce qu'il convient de faire en présence d'une luxation du globe, et ceci découle de notre observation et des quelques autres que nous avons signalées.

Tout d'abord, il n'y a absolument rien d'autre à tenter que l'*énucléation* lorsque le globe luxé, avec son nerf optique arraché ou très fortement lésé, ne sera plus retenu que par quelques attaches conjonctivales ou des lambeaux de muscle. Il est évident que dans de tels cas, toute tentative de conservation du globe échouerait.

Dans les autres cas, où les lésions sont de moindre importance, il faut après avoir lavé la plaie, fait les diverses sutures des muscles et autres parties, s'il est nécessaire, ponctionner le chémosis qui souvent ne manque pas de se

produire. Après ces préliminaires, on essaiera par *un taxis* prudemment effectué sur un globe, que l'on peut huiler à l'occasion pour plus de facilité, de remettre tout en bonne place. Mais cette réduction quelquefois difficile à obtenir à cause de l'empâtement, de l'engorgement des tissus, s'obtiendra à coup sûr, si l'on n'hésite pas à pratiquer une *canthotomie* devenue nécessaire.

La réduction effectuée, le globe a quelquefois tendance à ressortir de son orbite, c'est alors à un *bandeau compressif* bien appliqué qu'il faut recourir. Mais le maintien d'un tel pansement relativement facile chez les grandes personnes devient presque impossible chez les enfants et surtout chez les nouveau-nés.

Pourquoi donc ne pas suturer ensemble les paupières ?

« La suture des paupières, dit *Terson*, ne « constitue-t-elle pas le bandeau compressif le plus « élastique, le plus permanent et le plus naturel « pour l'œil, et le seul bon ouvrier d'immobilisation « des paupières. »

Outre que la tarsoraphie évite les pansements répétés elle paraît avoir aussi une véritable action antiseptique, ce qui l'a fait employer avec succès dans les plaies du globe. Il est donc tout naturel de recommander dans la luxation du globe chez le nouveau-né et quelquefois chez l'enfant, une telle

intervention qui nous a si bien réussi dans notre cas.

En résumé, le traitement de la luxation du globe se borne a une réduction par un taxis prudent. Si cette réduction présente un peu de difficulté, la canthotomie aidera beaucoup à la manœuvre. Ensuite compression par un bandeau bien appliqué.

Pour tous les cas où ce bandeau a des difficultés à être maintenu, recourir sans hésiter à la tarsoraphie presque complète.

Ce sur quoi nous insistons c'est de ne pratiquer chez l'enfant ou le nouveau-né, l'énucléation que contraint absolument par l'étendue des lésions ou lorsque la réduction ayaut été effectuée, il vient à se produire du sphacèle ou un phlegmon de l'orbite.

« L'énucléation, qu'on nous pardonne pour terminer cette petite digression, est comme dit DIANOUX (1) une opération que tout chirurgien n'exécute que par la force. Car, si elle est regrettable chez l'adulte, elle est déplorable chez l'enfant à deux points de vue :

1°) *Physiquement,* elle détruit l'harmonie et la symétrie de la face par l'atrophie qui résulte peu à peu de la perte de substance de l'orbite que les parois osseuses comblent en s'affaissant. Elle exerce

---

(1) *Aurales d'Oulist,* 1902, p. 194.

ainsi une difformité des plus choquantes que rien ne peut corriger.

2°) *Moralement*, elle a des conséquences tout à fait inattendues, d'un degré moindre peut-être que le strabique, mais constamment tout de même, l'enfant qui na plus l'œil dans l'orbite est le plastron de tous ses camarades. Leurs sarcasmes et même les manifestations de pitié répétées des grandes personnes, causent des froissements continuels d'amour-propre qui engendrent, suivant les tempéraments, chez les uns l'esprit de révolte, chez les autres une sauvagerie méfiante ou une incurable timidité, de toute façon une aigreur irréductible dont on pourra retrouver l'influence dans bien des actes importants de leur vie. »

CONCLUSIONS

1° La luxation du globe, accident rare, caractérise le déplacement permanent de l'œil hors de sa position normale, mais maintenu par ses attaches.

2° La luxation du globe pourra se produire, non seulement *en avant* à travers la fente palpébrale, mais aussi dans les autres directions, à travers les parois fracturées de l'orbite — *luxation cachée* —.

3° Cette luxation sera : *partielle* si le globe est encore en rapport avec les parois orbitaires (l'exophtalmie peut en être considérée comme un exemple) ; *totale*, si le globe est complètement sorti de sa loge orbitaire, en avant de la fente palpébrale.

4° Suivant leurs causes on peut diviser les luxations en luxations *pathologiques* et en luxations *traumatiques* qui peuvent elles-mêmes être *simples* ou *compliquées* suivant les lésions des annexes et du nerf optique.

5° Il faut distinguer l'*avulsion* ou arrachement du globe de la luxation même dite *compliquée*. L'arrachement est une véritable énucléation

traumatique, tandis que la luxation comporte l'idée d'attaches persistantes et de réduction possible.

6° Le pronostic est variable suivant l'étendue des lésions, mais en général relativement favorable dans le cas de luxation simple.

7° Le traitement se borne à la réduction du globe par un taxis prudent, facilité au besoin par une canthotomie. La réduction est maintenue par un bandeau compressif bien appliqué, que, chez l'enfant et le nouveau-né il y a avantage à remplacer par une tarsoraphie.

8° N'arriver à pratiquer l'énucléation que dans les cas où elle s'impose véritablement par suite de réduction impossible, de sphacèle etc.

Ne pas se hâter, savoir attendre.

Vu : le Président de Thèse,
DE LAPERSONNE.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

AUBINEAU et CIVEL. — *Soc. franc. d'ophtalm. ma 1910.*

AXENFELD. — La luxation, la destruction et l'arrachement du globe par auto-mutilation chez les aliénés. — *Zeitschrift für Augenheilkunde, fév. 1899.*

BEAUMONT. — Luxation du globe chez un enfant. *Provinc. médical. Journ. Janv. 1892.*

BERTRAM. — *Archiv. für Augenheilkunde fasc.* 4. *Avril 1908.*

BOCK. — *Centralb. für prakt. Augenheilkunde.* 1902.

BRUNETIÈRE. — *Annal. d'Oculist. t. 135. 1906 p. 458.*

CHEVALLEREAU et LIÉGARD. — *Archiv. d'Ophtal. 1909, p. 289.*

DEHN. — Contribution à la connaissance de la luxation du globe. *Albrecht von Graéfé ; Archiv. für ophtalm, t. XL fasc. 2.*

DESPAGNET. — *Soc. d'ophtalm. de Paris.* 3 *Janv.* 1893.

FAGE. — Luxation du globe chez un nouveau-né. *Archivəs d'ophtalm. 1907.*

FLARER. — *Annal. d'oculist. t. XIX p. 141.*

GAYET. — *Eléments d'ophtalmologie.*

GOLLOWAY. — *The ophtalmoscope. Avril 1910.*

GUÉNIOT. — *Recueil d'ophtalmol. 1875.*

HERGOTT. — *Gazette méd. de Strasbourg 1867.* — *Ann. d'oculist. t. XLX, p. 200*

JOBERT. — *Annal. d'oculist. t. XXVII, p. 63.*

HOFFMANN. — *Monasch. für Geburtsk. u. Frauen Krankheiten, 1854.*

KALT. — *Soc. d'ophtalm. de Paris 14 mars 1905.*

KURT COHN. — *Klinische Monasblatter für Augenheilk. vol. 44, nov. déc. 1906.*

LAVAGNA. — *XIII^e Congr. Internat. de Médecine, 1900.*

NEINIER et DESPAGNET. — *Traité d'ophtalmologie.*

NETTLESHIP. — *Soc. d'ophtalm. du Royaume-Uni, 10 oct, 1902.*

OGILVY. — *Thé ophtalmic Review. Mai 1894.*

PANAS. — *Lec. de Cliniq ophtalmol. 1899.*

PÉCHIN. — *Recueil d'ophtalmologie, 1898.*

PERGENS. — *Annales d'oculistique, 1900.*

ROLLET. — *Archives d'ophtalmol. Juin 1909.*

ROHMER. — *Encyclopédie d'ophtalmol. tome IV.*

ROTHENPIELER. — *Deutschman's Beitraëge für Augenheilkunde, fasc. XXXI, 1898.*

— s. d. *fasc. 14, 1902.*

SCHWENK. — *Société médic. de Philadelphie, 18 avril 1899.*

SNELL. — *Société ophtalmol. du Royaume-Uni, 14 nov. 1902.*

SCHANZ. — *Deutschman's Beitraëge für Augenheilkunde, fascic. XXXIV, 1898.*

TERSON. — *Annal. d'Oculist. mars 1893.*

VERHAÉGHE. — *Annales d'oculistique, 1851.*

DE WECKER. — *Traité d'ophtalmologie.*